

VALERIANA LISSA s.r.o.

nám. B. Hrozného 19/26, Lysá nad Labem
drkozlik@valeriana.cz • recepcce@valeriana.cz

INFORMOVANÝ SOUHLAS S BĚLENÍM ZUBŮ

Jméno a příjmení pacienta: _____

Datum narození: _____

Adresa: _____

Telefon / e-mail: _____

Povaha a účel výkonu

- Bělení zubů je estetický výkon, jehož cílem je zesvětlení odstínu přirozených zubních tkání pomocí profesionálně indikovaných bělících přípravků. Výsledek je individuální a závisí na výchozím odstínu zubů, příčině zbarvení, použité metodě, citlivosti zubů a na spolupráci pacienta.

Podmínky před zahájením bělení

- Před bělením je nutné stomatologické vyšetření a podle potřeby také hygienická příprava, sanace kazů, výměna nevyhovujících výplní nebo jiné ošetření. Pokud by byly přítomny stavy, které bělení znemožňují nebo činí nevhodným, může být výkon odložen nebo nedoporučen.

Důležitá upozornění

- bělení mění odstín přirozených zubních tkání
- výplně, korunky, fazety a jiné náhrady se bělením nezesvětlují
- po bělení může být jejich odstín vzhledem k okolním zubům nápadnější a případná výměna může být nutná až po barevné stabilizaci výsledku

Možná rizika a nežádoucí účinky

- přechodná citlivost zubů, zejména na studené, teplé nebo sladké podněty
- podráždění dásní nebo sliznice
- přechodný dyskomfort při aplikaci bělící látky
- nestejný nebo pomalejší nástup výsledku
- menší než očekávaný efekt, případně nutnost léčbu upravit nebo ukončit

Omezení výsledku a režim

- Výsledek nelze předem přesně garantovat. Některé typy zbarvení reagují hůře nebo pomaleji a dosažený odstín není trvalý.
- Během bělení a po dobu doporučenou lékařem je vhodné omezit silně barvicí nápoje a potraviny a důsledně dodržovat pokyny k domácí aplikaci, pokud byla zvolena domácí metoda.

Navržená metoda

- ordinační bělení
- domácí bělení pomocí individuálních nosičů
- kombinované bělení
- jiný postup: _____

Prohlášení pacienta

Měl(a) jsem možnost klást otázky a obdržel(a) jsem srozumitelné odpovědi. Poskytnutému vysvětlení rozumím a s navrženým výkonem souhlasím.

V Lysé nad Labem dne: _____

Podpis pacienta / zákonného zástupce: _____

Podpis lékaře: _____